



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Estrategias compensatorias en sujetos afásicos. Estudio
de tres casos

Compensatory strategies in aphasic subjects. An
analysis of three cases.

Autor/es

Sara Rodríguez Gascón

Director/es

M^a del Carmen Horno Chéliz
Facultad de Filosofía y Letras.
2020

Los jugadores inventan las reglas que permitan seguir jugando sin las fichas perdidas... Porque de lo que se trata es de seguir jugando (Gallardo Paúls, 2005).

Resumen

El presente estudio se adscribe a la disciplina de la Lingüística Clínica y analiza la conversación con tres pacientes afásicos, con el fin de establecer cuáles son las estrategias que estos sujetos utilizan para superar sus dificultades en la producción verbal.

Los datos muestran tres bloques principales de estrategias, relacionadas con la recuperación del léxico, la estrategia de control y el apoyo multimodal. Este estudio individualizado de los tres casos revela información valiosa sobre la naturaleza del lenguaje humano; además, su aplicación es fundamental para la intervención clínica de los sujetos.

Palabras clave: Lingüística, neurolingüística, afasias, estrategias compensatorias, Lingüística Clínica.

Abstract

This essay belongs to the discipline of Clinical Linguistics and it analyzes conversations with three aphasic patients. Its aim is to establish the strategies these patients use to overcome their difficulties in verbal production.

Our data show three main sets of strategies, related to lexical recuperation, control strategy and multimodal support. These individualized analysis of these three cases reveals valuable information about the nature of human language. Moreover, its application is essential to a clinical intervention on the patients.

Palabras clave: Linguistics, neurolinguistics, aphasias, compensatory strategies, Clinical Linguistics.

Índice

Capítulo 1. Introducción	4
1.1. Breve presentación del estudio de las afasias	4
1.2. Las estrategias de compensación	7
Capítulo 2. Procedimiento	10
2.1.- Marco general de la investigación	10
2.2.- Diseño	11
2.3.- Sujetos	12
2.4.- Planificación y desarrollo de la entrevista.	13
2.5.- La transcripción	14
Capítulo 3. Análisis del corpus.	16
3.1.- Estrategias de recuperación de información	17
3.1.1.- La estrategia de las Redes Léxico-semánticas	18
3.1.2.- Estrategia fonológica	20
3.2.- Estrategias de control	21
3.2.1.- Estrategias de apoyo para ganar tiempo.	22
3.2.2.- Estrategias basadas en la prosodia.	25
3.3.- Estrategias de comunicación multimodal	27
3.3.1 Apoyo en la producción verbal	29
3.3.2 Sustitución de la producción verbal	30
3.3.3. Contradicción de la producción oral	31
Capítulo 4. Conclusiones	34
ANEXO I: Comité de Ética.	40
Informe Dictamen Favorable	40
CERTIFICA	40
Título: Estrategias lingüísticas y comunicativas compensatorias de los enfermos de afasia	
Investigadora Principal: M ^a del Carmen Horno Chóliz, Universidad de Zaragoza	40
ANEXO II: Transcripciones de las entrevistas	41
ANEXO III: Estrategias comunicativas de cada sujeto.	59
Anexo IV: Tabla de todos los sujetos	60

Capítulo 1. Introducción

Este trabajo surge del interés por la investigación de las dificultades lingüísticas en patologías que provocan afasias. Se dio el contexto apropiado para acceder a tres pacientes que habían sufrido diferentes lesiones cerebrales, dos ictus y un tumor, que interferían en su capacidad para el lenguaje. El objetivo principal de este estudio es establecer las estrategias compensatorias espontáneas que usan dichos pacientes para suplir sus dificultades en la producción verbal. Para ello, se analizan entrevistas diseñadas específicamente con este fin y que conforman un corpus propio. Las herramientas que estos tres sujetos manejan permiten extraer información sobre cómo es la naturaleza del lenguaje humano.

Antes de continuar, dedicamos un primer apartado a la explicación genérica de las afasias, centrándonos en la tipología y la utilidad de su estudio; el segundo apartado se destina a analizar en qué consisten las estrategias.

1.1. Breve presentación del estudio de las afasias

Como sabemos, la afasia es una alteración en los mecanismos de producción, emisión o comprensión del lenguaje provocada por una lesión cerebral adquirida. En las últimas décadas ha habido una proliferación de estudios focalizados en el interesante y complejo análisis de las afasias. Son frecuentes los trabajos dedicados a la necesaria descripción de problemas con el fin de realizar un diagnóstico concreto (Quintanar Rojas et al., 2002, 2006). Para intentar precisar el diagnóstico, los neuropsicólogos utilizan una serie de herramientas que, en líneas generales, buscan cuantificar la afectación de los pacientes. El clásico Test de Boston tiene dos objetivos principales: determinar el cuadro afásico con exactitud y evaluar la capacidad lingüística del sujeto para dar unas directrices generales en la rehabilitación. Las pruebas que se realizan giran en torno al lenguaje escrito y el lenguaje oral. Con respecto al segundo, en el que se centra este trabajo, interesa la fluidez en la producción del paciente

pero también la capacidad para denominar objetos, para repetir secuencias propias del lenguaje automático o no, para cumplir órdenes sencillas relacionadas con su movilidad corporal (M^a Consuelo Nebreda Vicario, 2011), entre otras. También cobra un papel importante la lecto-escritura¹. Otra herramienta que debemos mencionar es el Test de Barcelona, de características similares al test anterior. Podríamos mencionar también el Test de Token, que evalúa sobre todo la comprensión del paciente.

Uno de los objetivos de quienes trabajan con afásicos es distinguir los tipos de afasias según su etiología, lo cual permite comprender el problema en su conjunto y mejorar la vida de los pacientes. No obstante, la clasificación de esta patología puede acometerse desde diferentes enfoques y con resultados dispares. Según los criterios topográficos, que consideran que determinadas regiones cerebrales se encargan de aspectos concretos y exclusivos del lenguaje, se distinguen hasta nueve tipos de afasias: afasia motora —tradicionalmente denominada afasia de Broca—, afasia sensorial —que se corresponde con la de Wernicke—, afasia global, afasia de conducción, afasia sensorial transcortical, afasia motora transcortical, afasia transcortical mixta, afasia anómica y, por último, afasias por lesión subcortical (J. M. Vendrell, 2001). Sin embargo, hoy en día el modelo del lenguaje que daba lugar a esta clasificación se considera superado. Actualmente los investigadores parten de que la facultad del lenguaje es el resultado de la interacción de distintos sistemas cognitivos y que, por tanto, su localización es mucho más compleja y difusa en el cerebro. Además, teniendo en cuenta que las estructuras cerebrales que intervienen en los aspectos del lenguaje están muy próximas entre sí y dependen de los mismos vasos sanguíneos, lo habitual en clínica es encontrar cuadros con alteraciones en varias funciones. Todo ello nos lleva a considerar la necesidad de simplificar la clasificación de las afasias y reducirla en la medida de lo posible a la distinción entre afasia fluente y afasia no fluente (Beatriz Gallardo, 2005b y 2005c).

El análisis del comportamiento lingüístico de los enfermos de afasia es muy relevante para la lingüística (teórica y aplicada) desde hace ya más de un siglo (Marrero y Pineda, 2009) y la relación es bidireccional: los modelos de procesamiento lingüístico deben explicar tanto la conducta de la producción sin alteración como la conducta de quienes tienen

¹ Las pruebas que realizan nuestros pacientes están reducidas al ámbito oral. Lo cierto es que lo que pidió el entrevistador durante las sesiones está muy relacionado con el Test de Boston.

dificultades lingüísticas (Hernández J. et al., 2012); de un modo similar, el lenguaje en sujetos con patologías ofrece datos tanto del uso natural del lenguaje como del uso deficitario (Veyrat Rigat et al., 2009). En otro orden de cosas, el estudio de las afasias se ha manifestado relevante en diversas disciplinas. La observación y el análisis de las afasias contribuye, por ejemplo, a la comprensión de la emersión y la evolución del lenguaje. Se parte de que las patologías pueden alterar, principalmente, el sistema léxico-semántico (la tradicional afasia de Wernicke) o el sistema gramatical (también llamada afasia de Broca). Esto implica dos funciones básicas del lenguaje (distribuidas en áreas cerebrales diferentes, temporal y parietal, respectivamente): la selección de unidades y la secuenciación (combinación) de las mismas. Esto avala una propuesta de la paleoneurología (ciencia que estudia los fósiles del cerebro que se conservan de las distintas épocas históricas) según la cual el lenguaje humano tal y como lo conocemos se originó en dos fases sucesivas: la primera implica la aparición de palabras, que corresponde al sistema léxico-semántico y está relacionada con el incremento del lóbulo temporal; y la segunda consiste en el surgimiento de la gramática, que es la fase más tardía del desarrollo del lenguaje y se vincula a algunas mutaciones (A. Ardilla, 2006).

El estudio de las afasias ha permitido establecer una relación indisoluble entre mente y cerebro, ya que las lesiones cerebrales impiden la separación de estos dos conceptos. Esta unión es fundamental para la reducción de la Lingüística a las Ciencias Naturales, tal y como afirman Mariano Reyes Tejedor y M^a Victoria Camacho Taboada (2007). Estos autores consideran que ha sido fundamental la inclusión de las conductas verbales patológicas en los modelos lingüísticos para el desarrollo de la Afasiología Lingüística.

Por otro lado, los estudios en Lingüística Clínica permiten facilitar la vida de los pacientes, ya que posibilitan la mejora de su competencia comunicativa. Esta disciplina busca la aplicación de la teoría a los contextos clínicos, pero también la dignificación de la cotidianidad de los sujetos, por lo que el trabajo de la Lingüística Clínica se centra en la evaluación y la rehabilitación de la producción verbal con patologías. Para llevar a cabo estos objetivos, es necesaria la combinación de perspectivas distintas con el fin de cubrir las disciplinas e intentar dar respuesta a los interrogantes: la Lingüística, la Logopedia, la Neurología, la Foniatría, la Psicología, la Genética, entre otras (M^a Jesús Paredes Duarte, 2018). Un lingüista no puede hacer un buen diagnóstico sin el conocimiento topográfico de las áreas cerebrales que tiene un neurólogo; pero un neurólogo o un logopeda no pueden

hacer una intervención satisfactoria en el paciente si no tienen las claves del lenguaje en sujetos sin patologías. En definitiva, es esencial combinar las diferentes disciplinas del conocimiento en el ámbito de la neurolingüística porque cada una aporta aspectos específicos que son necesarios para el tratamiento general de la enfermedad adquirida.

Hemos visto que uno de los intereses del estudio de las afasias es proponer un buen diagnóstico. Pero tras el diagnóstico es fundamental comenzar la terapia de intervención con los pacientes teniendo en cuenta cuáles son las habilidades que preservan los sujetos. Desde los años 90, ha destacado el factor evaluativo y rehabilitador de la conversación en los estudios de afasia, conocido con el término de pragmática clínica (Hernández Sacristán, 2006). Durante ese proceso será cuando se revele la manera en que tratan de cubrir las carencias con las habilidades intactas, lo que llamamos estrategias de compensación, el objeto de nuestro estudio.

1.2. Las estrategias de compensación

Además de los impedimentos físicos que pueden sufrir este tipo de sujetos, los daños en el lenguaje implican un cambio en la vida de los pacientes. La forma en la que se relacionan con el mundo se altera: deben reducir su autonomía, asistir a neurorehabilitación y reaprender continuamente. A pesar de que la situación que viven es trágica por las secuelas impuestas, estos pacientes han sobrevivido a un accidente cerebrovascular y eso es, ante todo, esperanzador.

A continuación, vamos a hablar de las limitaciones lingüísticas, pero no queríamos ignorar el problema en su conjunto. Cuando hay una carencia en la producción verbal, se da una reorganización del sistema que busca compensar el déficit con una acción positiva, para lo cual hay que utilizar competencias que eran propias de otros procedimientos. Es decir, estos pacientes pueden intentar suplir la palabra por un gesto, buscar otro sinónimo que les resulte más accesible, u otras tácticas semejantes. En eso consisten las estrategias: al verse afectada el habla el paciente trata de compensar esa pérdida con el resto de capacidades que no han sido dañadas. Caramazza y Nespoulous (1984, 1985 aput., Beatriz Gallardo 2004) focalizan su atención en tres elementos cuando una persona sufre un accidente cerebral con afectación en el lenguaje: los déficits semióticos del enfermo, los aspectos que han permanecido y las «estrategias adaptadas por el paciente para comunicarse lo mejor posible

con sus interlocutores, a pesar de las restricciones impuestas». Estas estrategias compensatorias son esenciales para realizar una terapia adecuada (Beatriz Gallardo, Montserrat Veyrat Rigat, 2004): de manera intuitiva, los pacientes muestran cuáles son las habilidades espontáneas que les permiten superar sus problemas lingüísticos; estas habilidades son las que deberían fomentarse para conseguir el máximo rendimiento comunicativo posible del paciente. Las estrategias son las herramientas que permiten a los pacientes superar sus dificultades del habla: tras el bloqueo subyace un problema lingüístico que entorpece la comunicación y obliga a los sujetos a usar tácticas espontáneas para subsanar y contrarrestar los obstáculos. A pesar de la lesión cerebral adquirida, los pacientes pueden desarrollar habilidades que permitan su autonomía comunicativa y debe fomentarse ese desarrollo partiendo de procesos que les resultan naturales —nunca impuestos durante la terapia de rehabilitación—, aprovechando las capacidades preservadas.

Algunos autores, como Beatriz Gallardo, han considerado clave la misión del interlocutor para mejorar el discurso del paciente. Entendemos por *interlocutor* en este contexto a una persona cercana al paciente y de su ámbito cotidiano que traduce las intervenciones indescifrables del paciente. Su papel es, por tanto, muy importante a la hora de facilitar la eficacia comunicativa del sujeto afásico (Beatriz Gallardo, 2005). Tal y como proponen algunos autores, la afasia no solo afecta al individuo sino que también modifica la conversación; es decir, la patología afecta a todo el engranaje comunicativo y conversacional. Sin embargo, una de las aplicaciones del trabajo es fomentar la autonomía comunicativa de los pacientes, por lo que es preferible que se enfrenten solos al acto conversacional. Por ello, en este estudio, el objetivo es buscar el desarrollo de las estrategias propias de cada paciente —no de una tercera persona que facilita la comunicación— con las que más seguro se sienta y menos dificultades tenga.

El análisis del corpus de las entrevistas con pacientes afásicos de este trabajo tiene como objetivo principal describir las estrategias concretas que emplean tres pacientes afásicos. Sin embargo, de esta finalidad específica se deriva una función posterior y general de este tipo de trabajos: la teoría lingüística patológica debe explicar la teoría lingüística común. Por tanto, tenemos que hablar de dos funciones que articulan este trabajo: por un lado, conocer el funcionamiento del lenguaje a través de las pruebas que muestran los datos del lenguaje en patologías y por otro, el desarrollo específico de esta área de la lingüística

aplicada; es decir, entender mejor el lenguaje humano y mejorar la vida del paciente. No hay que olvidar que se pretende posibilitar la comunicación de los pacientes con patologías.

En el capítulo siguiente se presentan los aspectos procedimentales del estudio, relacionados con los sujetos, el desarrollo de las entrevistas y la realización de las transcripciones. El capítulo tres se centra en el análisis del corpus de los pacientes. En concreto, las estrategias que han mostrado se agrupan en tres: el almacenamiento de la información, aspectos vinculados a la memoria a corto plazo, y por último, aquello que se refiere a las estrategias comunicativas relacionadas con la externalización del mensaje a través de métodos no verbales. El capítulo cuatro, por último, se centra en las conclusiones extraídas del análisis. Tras él, se presenta la bibliografía citada y los apéndices del trabajo. En el Anexo I se adjunta el permiso del Comité de Ética de Aragón, que avala nuestro proyecto. Para poder llevar a cabo las entrevistas, fue necesario seguir unas pautas e instrucciones del Gobierno de Aragón. Toda la información que detalla este proceso aparece en el apartado 2.1. En el Anexo II se encuentran las transcripciones de las tres entrevistas realizadas, encabezadas por una pequeña leyenda que explica la información que contienen, como aparece en el apartado 2.5. En el Anexo III aparece un esquema de las estrategias comunicativas que sigue cada paciente y en el Anexo IV hay una tabla que engloba las estrategias que usan todos los sujetos; los dos últimos documentos adjuntados sirven para dar una visión global y clara del trabajo, recogiendo los aspectos fundamentales.

Capítulo 2. Procedimiento

Como se ha dicho, este trabajo es un estudio sistematizado de las estrategias compensatorias de tres individuos que han sufrido un accidente cerebrovascular, ya sea isquémico o hemorrágico, con afectación del lenguaje. Dicho estudio se acomete a partir del análisis de entrevistas a los pacientes afásicos que conforman un corpus propio. Este capítulo está dedicado a detallar las cuestiones de ética, el diseño del experimento, la descripción de los sujetos, el desarrollo de las entrevistas y la realización de las transcripciones.

2.1.- Marco general de la investigación

Este trabajo ha sido fruto de la Beca de Colaboración del Ministerio de Educación desde octubre de 2019 hasta junio de 2020. La idea de realizar el estudio con pacientes afásicos tomó fuerza a finales del pasado curso académico, en junio de 2019. Durante el verano, estuvimos realizando la Memoria de dicha beca e iniciando los trámites con el hospital que iba a acoger las investigaciones. En primer lugar, tuvimos que hablar con la dirección del Hospital San Juan de Dios y presentar un informe sobre los objetivos y una hipótesis sobre cuál sería el procedimiento a seguir. En dicho hospital nos comentaron que para realizar el estudio que proponíamos, necesitábamos que el Comité de Ética de Aragón (CEICA) lo validara. Fue entonces cuando comenzamos a redactar los documentos necesarios: la guía del proyecto de investigación, que incluía la justificación, los objetivos, el desarrollo de las entrevistas, la salvaguarda de los datos y otras cuestiones semejantes; la solicitud firmada por el director del hospital y de la investigación, la Dra. Horno y los miembros del equipo investigador (el doctor Diego Rodríguez y yo); el consentimiento informado que debía ser firmado por los pacientes antes de grabar las entrevistas; y, por último, la memoria económica. La primera versión de la documentación se envió en agosto pero no se obtuvo la aprobación hasta octubre. La grabación del primer sujeto se filmó en septiembre pero el hospital no cedió el vídeo hasta obtener el permiso del Gobierno de Aragón. El resto de las conversaciones con los pacientes se obtuvieron antes de diciembre y todas las transcripciones se completaron en enero. Poco después se obtuvieron las historias

completas de cada paciente, proporcionadas por el internista del hospital. Así que en febrero de 2020 ya se disponía de los datos necesarios para comenzar el análisis que daría lugar a este Trabajo de Fin de Grado.

2.2.- Diseño

El diseño metodológico es observacional y de caso único, lo que supone describir de manera rigurosa una serie de datos de alcance reducido y permite adquirir un conocimiento real (naturalista) de los mismos. En pacientes con patologías es muy complicado alcanzar significatividad estadística dado que no es sencillo ampliar la muestra de pacientes, máxime cuando estos deben cumplir una serie de requisitos (como compartir el diagnóstico o tener una edad aproximada, entre otros) para poder ser comparables. En este sentido, la validez externa del presente estudio es limitada y no nos permite generalizar los resultados encontrados. Por otra parte, dado que se trata de un estudio observacional, en el que se trata de crear un ambiente lo más naturalístico que sea posible, la validez interna de nuestro estudio tampoco está garantizada. No obstante, consideramos que los estudios observacionales de caso único, habituales en el estudio de las afasias, presentan suficientes ventajas como para desarrollarlos. Por otra parte, las entrevistas que se van a analizar a continuación se han basado en una serie de preguntas por lo general abiertas (libres o semilibres). Esto aumenta la complejidad de evaluación y el tiempo de análisis, frente a las pruebas estandarizadas requieren un análisis automatizado que facilita el trabajo del investigador y permite que llegue a un mayor número de gente. La razón por la que hemos optado por esta metodología es que permite un abanico amplio en las respuestas del paciente, posibilitan un examen individualizado y más profundo de los datos.

En cualquier caso, somos conscientes de las limitaciones de este estudio, por tratarse de una metodología observacional, de tres únicos casos y con preguntas libres o semilibres. Para superarlas, lo mejor es complementar este estudio con otros futuros, adoptando así un análisis multimétodo. Sin duda, será una cuestión a tener en cuenta en futuros trabajos.

2.3.- Sujetos

Los pacientes entrevistados son tres y responden a las siguientes características.

El sujeto 1, al que conoceremos con sus iniciales (FUT) es de sexo masculino y tiene 75 años. Con respecto a los datos lingüísticos que presenta, es un hablante de lengua materna de español. En un primer momento, se le diagnostica afasia global como consecuencia de un foco de transformación hemorrágica e infarto subagudo temporoparietal. El diagnóstico definitivo es una afasia de predominio motor con importante componente apráxico asociado; es decir, se trata de una afasia mixta pero predominantemente motora. Con respecto a la evolución posterior a la entrevista, el paciente manifiesta una mejora en el lenguaje ya que nombra objetos, supera sus dificultades articulatorias y de acceso al léxico.

El sujeto 2, al que conoceremos como MCG, es de sexo femenino y tiene 68 años. Es una hablante de lengua materna de español. Sufre un infarto agudo en territorio de arteria cerebral media izquierda con oclusión completa de arteria carótida interna izquierda, repermeabilización de arteria cerebral media izquierda. Se le diagnostica una afasia transcortical motora.

El sujeto 3 será conocido en este estudio como ERA, es de sexo masculino y tiene 67 años. Es también un hablante de lengua materna de español. Tras la intervención quirúrgica de la lesión tumoral parietal izquierda, sufre un cuadro de alteración del lenguaje, que se debía a una recidiva del tumor cerebral. Fruto de la lesión isquémica aguda parietal izquierda. El diagnóstico es afasia motora.

La posibilidad de acceder a pacientes afásicos fue circunstancial, pero se vio la excelente oportunidad de estudio que ofrecía para llevar a cabo una idea surgida unos años antes sobre cómo el estudio de pacientes afásicos podía revelar cuestiones sobre la lingüística general. Los pasos burocráticos fueron lo más engorroso: tras redactar un informe sobre el estudio, hubo que conseguir la aprobación del Comité de Ética de Aragón. La selección de los sujetos se hizo entre el equipo investigador y el neurólogo atendiendo a los criterios establecidos para participar el estudio. Los pacientes elegidos accedieron y firmaron el consentimiento.

Con respecto a las historias completas de los pacientes, el equipo investigador ha preferido no incluirlas en el trabajo por salvaguardar los datos confidenciales de los

pacientes. Están bajo nuestra tutela y, al igual que las grabaciones, pueden ponerse a disposición de quien requiera dichos documentos con fines de investigación.

2.4.- Planificación y desarrollo de la entrevista.

En las conversaciones con afásicos pretendíamos obtener datos con validez ecológica (Ahlsen 1995; Joannette y Ansaldo 1999; Perkins, Whitworth y Lesser 1998 apud. Beatriz Gallardo Paúls, 2005). Para evitar que hubiera una asimetría entre entrevistador y entrevistado y para que los datos no se vieran contaminados², cosas frecuentes en este tipo de estudios experimentales, consideramos que lo mejor era que el entrevistador fuera alguien de confianza y del entorno del hablante que queríamos analizar. Por eso pensamos en médicos o familiares de los sujetos. Gracias a la disposición del neurólogo de dicho hospital, el doctor Diego Rodríguez, pudimos realizar las entrevistas sin restringir ni condicionar los resultados. Además, contamos con la ventaja de que el mismo entrevistador hacía las tres entrevistas y nos permitía darle unas directrices comunes. Se le pidió que participara lo mínimo posible en la conversación, una tarea complicada porque los pacientes pueden requerir algo más que una escucha activa por parte de su interlocutor.

Los datos fueron recogidos entre septiembre y diciembre del pasado 2019 en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, donde los pacientes (dos de ellos todavía ingresados en el momento de las entrevistas, el tercero ya había recibido el alta) asistían a sesiones de rehabilitación³. Se realizaron entrevistas semiestructuradas donde los temas giraban en torno a la condición del paciente: nombre, trabajo, familia, enfermedad, intereses... Estas conversaciones fueron grabadas en vídeo y la duración de las mismas, que oscila entre 5 y 15 minutos⁴, dependía de la disposición del paciente y de las condiciones del hospital.

Haber presentado un cuadro afásico era el requisito fundamental. Además, era conveniente que no tuvieran mayores complicaciones en su historia clínica. Por ejemplo, el

² Intentamos no condicionar la respuesta de los pacientes e interferir lo menos posible en su ámbito, teniendo en cuenta cuál era la complejidad de la situación de cada paciente.

³ Habría sido conveniente acceder al historial de rehabilitación del terapeuta del Hospital San Juan de Dios, pero no ha sido posible. Ver la evolución, analizar las pruebas y conocer los comentarios de los trabajadores que están en ese ámbito habría sido de gran utilidad para este estudio, algo que se tendrá en cuenta en investigaciones posteriores.

⁴ El equipo investigador se comprometió a salvaguardar los vídeos, asegurando que solo personal autorizado pudiera visualizarlo y analizarlo con fines investigadores. El lector interesado puede ponerse en contacto con la directora de la investigación para tramitar los permisos de la visualización de las entrevistas.

doctor Rodríguez nos propuso un paciente afásico que además padecía de esquizofrenia, pero consideramos que había demasiadas variables que no podíamos gestionar. Del mismo modo, tratamos de trabajar con materiales que no se vieran afectados por variables extrañas. Por poner un ejemplo, renunciamos a trabajar con uno de los vídeos del sujeto 2 por estar alterado su ánimo en ese momento

Las preguntas que se hacían a los pacientes se relacionaba con la información que se quería extraer de ellas. Todos ellos debían nombrar una serie de objetos que señalaba el entrevistador con el objetivo de evaluar su acceso al léxico a partir de pruebas de anomia. El entrevistador elaboraba una serie de secuencias, relacionadas con el lenguaje automatizado —como refranes o frases hechas—, que debían repetir con la intención de determinar el estado de su memoria a corto plazo. Por último, se pretendía valorar la afectación en la fluidez de los pacientes a través de la producción propia del discurso. El entrevistador también realizaba un examen físico y de conciencia a los pacientes: les daba una serie de órdenes sencillas de movilidad, cuya complejidad aumentaba progresivamente.

2.5.- La transcripción

Una vez que se había grabado a los pacientes, había que ver el material y seleccionar qué vídeos íbamos a analizar para después transcribirlo. El primer vídeo fue transcrito por un miembro del laboratorio del grupo Psylex y las dos siguientes transcripciones las hice yo misma. La transcripción de las entrevistas se encuentra adjunta en el anexo.

El método para realizar la transcripción se centra en los aspectos que hemos considerado claves para su posterior análisis. Entre paréntesis aparecen las anotaciones que glosan las intervenciones del entrevistador: por ejemplo, a qué objeto se refiere cuando somete a los pacientes a pruebas de denominación. Entre corchetes y con mayúscula aparece la descripción de sonidos, pausas y prolongaciones en el habla de los sujetos. La repetición de sonidos escritos manifiesta también una prolongación en el habla. Y, por último, entre corchetes y en minúsculas se describe la gestualidad. A pesar de que el método escogido no es el más completo de los posibles, es el que mejor se ajustaba a los requerimientos del trabajo, ya que permite al personal investigador conocer y analizar los datos con claridad.⁵

⁵ Las convenciones de la transcripción del corpus PerLa (Hernández Sacristán, 2007) incluyen mucha información con la ayuda de diversas marcas tipográficas: turno de habla, encabalgamientos en la conversación,

Los problemas articulatorios de los hablantes dificultaban la tarea, ya que había secuencias que no se entendían o que eran dudosas; además, era imposible descubrir qué es lo que estaban diciendo realmente los sujetos⁶. Cuando no conseguía descifrar un mensaje, lo ponía en una nota al pie. Los fragmentos de los silencios también suponían conflictos en la transcripción, ya que deberían haber sido cuantificados para ser precisos. Por último, hay que mencionar que hemos renunciado a hablar de los gestos de manera consistente pero los incluimos para analizar los aspectos que veremos en el apartado 3 del siguiente capítulo. La transcripción de los gestos ha sido lo que ha resultado más complejo: en muchas ocasiones, cuando se visualizaba el vídeo, no había duda de cómo interpretar los gestos pero a la hora de reproducirlo en el texto costaba mucho explicarlo⁷.

gradación de las pausas, marcas tonales, pronunciación entrecortada, gestos y elementos no verbales... Otra posibilidad para mejorar la calidad de la transcripción y la precisión de lo descrito podría ser en estudios futuros podría ser el programa Elan, muy útil en el análisis gestual. Permite adjuntar el vídeo en la transcripción para que el texto aparezca coordinado con la imagen. Serán directrices claves a tener en cuenta en futuros trabajos que incluyan transcripciones.

⁶ Hay momentos en los que no se sabe qué es lo que realmente estaba diciendo el paciente ni cuál es la verdad sobre lo dicho. En un momento determinado, a FUT se le pregunta qué conduce su hijo y parece que dice ambulancia. Cuando el entrevistador le pregunta si era una ambulancia, este dice que no. No podemos saber qué ha dicho realmente.

⁷ Por eso, hay veces que si se ha considerado que la descripción gestual no es suficiente para llegar a la interpretación que se obtiene tras ver el vídeo, se ha añadido una pequeña explicación.

Capítulo 3. Análisis del corpus.

Este capítulo está dedicado al análisis de las estrategias compensatorias encontradas en las entrevistas; se analizan, describen y se intenta establecer una clasificación de las mismas.

Este apartado se divide en tres bloques, que se corresponden con los tres tipos de estrategias halladas en las entrevistas y diferenciadas por su relación con el lenguaje. El primero de ellos se centra en las estrategias de recuperación de información. Distinguimos la estrategia de las Redes Léxico-semánticas, que da cuenta de una organización del lexicon mental en redes y series interconectadas y la estrategia fonológica, que se relaciona con la anterior, ya que la estructura silábica y fonológica de las palabras también determina su almacenaje. El segundo bloque está compuesto por las estrategias de control que pretenden vencer las dificultades impuestas por la memoria a corto plazo. En esta ocasión, tenemos que hablar de dos cuestiones: las estrategias de apoyo para ganar tiempo, donde incluiríamos las palabras comodín y la prolongación en la respuesta, y la estrategia de patrón entonativo. Por último, el tercer apartado se centra en la naturaleza multimodal de la comunicación, que permite expresar mensajes por medios que no solo son verbales. En cada bloque de estrategias se desarrolla una descripción precisa de los datos encontrados en el habla con los tres pacientes afásicos, a la que acompaña un fundamento teórico-explicativo sobre lo observado.

A su vez, desde el punto de vista etiológico, debemos distinguir dos tipos de estrategias: las espontáneas y las inducidas. Las primeras constituyen en sí el cuerpo de nuestro estudio, mientras que las segundas (que son aquellas que facilita el interlocutor) recibirán una atención secundaria. Además, hay que diferenciar entre aquellas estrategias comunicativas que utiliza el paciente cuando no tiene problemas y aquellas que usa cuando sí los hay. En este último caso, pueden sustituir al lenguaje o combinarse con el mismo.

Las estrategias que encontramos son cruciales tanto si son exitosas como si no, porque permiten establecer cuáles son las facilidades de cada sujeto, y de esa manera, se puede trabajar de manera especializada en función de los intereses mostrados por los pacientes.

Además, tanto las estrategias de recuperación que llevan a una solución satisfactoria como las que no, muestran la organización del lexicón mental. Analizando las estrategias que usan los pacientes afásicos no solo se ayuda a superar las dificultades impuestas por su situación, sino que estas estrategias ofrecen a los investigadores evidencias de cómo se codifica el lexicón.

En definitiva, tenemos una clasificación que será crucial en todos los ejemplos que veremos a continuación: inducida o espontánea, ante problema o ante tarea; exitosa o no exitosa. Todos los ejemplos son válidos porque nos dan información.

3.1.- Estrategias de recuperación de información

En primer lugar, encontramos las estrategias de recuperación de la información que aparecen cuando los sujetos no encuentran el término preciso o cuando deben enfrentarse a una tarea que les presenta dificultad. La dificultad de acceso al léxico es, en general, reveladora; pero todavía más cuando se trata de lenguaje en patologías. Los problemas para encontrar las palabras son habituales en casi todos los tipos de afasias, ya que los impedimentos lingüísticos existentes en el resto de hablantes se manifiestan de manera incrementada. En las situaciones conversacionales, que muchas veces constituyen un reto, los pacientes llevan a cabo estrategias que avalan la propuesta de Aitchison (1994), basada en la existencia de un sistema de redes. Postula que dicho lexicón consiste en un sistema interconectado de redes; se trata de los campos semánticos, que se articulan en relaciones semánticas distintas: cohipónimos, hiperónimos, sinónimos y colocaciones, principalmente.

Para entender bien cómo se desarrollan estas estrategias debemos remitirnos al concepto de signo Saussuriano y a la configuración mental del mismo a través de dos planos. El signo lingüístico es la unión de la parte material con el mensaje (Saussure, 1916). Todo signo está formado por dos componentes indisolublemente unidos: el significante y el significado. El significante es la entidad perceptible a través de los sentidos, ya sea por medios visuales, auditivos o táctiles. El significado es el contenido asociado al significante; es decir, la representación mental que permite el acceso a la entidad de la realidad a la que se refiere el signo. Es decir, el significante es lo que designa y el significado es lo que es designado.

Todo esto conduce al uso de dos estrategias próximas: la fonológica, que remite al significante y la semántica, que remite al significado. La estrategia fonológica es la que relaciona dos palabras por su estructura silábica o fonemática; es lo que puede ocurrir, por ejemplo, entre dos palabras que comienzan con el mismo sonido. La estrategia semántica vincula palabras por su significado que se asocia de alguna manera: botón y sujetador, por ejemplo. Ambas son estrategias de recuperación del léxico que deben posibilitar el acceso, ya sea gracias a la fonología o al significado.

Lo cierto es que en las afasias motoras la respuesta en denominación suele mejorar con ayudas fonémicas, tal como afirman Carmen Castillo Requena et al. (2019), que consisten en introducir la palabra con el sonido o la sílaba inicial, como hace el interlocutor en esta investigación. A continuación, aparecen dos epígrafes que desarrollan las dos estrategias mencionadas —semántica y fonológica—que conforman el bloque de recuperación léxica.

3.1.1.- La estrategia de las Redes Léxico-semánticas

Cuando las personas con un lenguaje no patológico pensamos en una palabra concreta, asociamos a esta otras tantas que mantienen una relación semántica con la primera. Es decir, cuando queremos acceder a una palabra, la buscamos a través de su relación con otras que poseen un significado relacionado. Esto evidencia el uso de la estrategia semántica: las palabras se almacenan en redes, en bloques, y para acceder a ellas usamos ese vínculo que las une. Este tipo de asociaciones léxico-semánticas son las que se analizan en este apartado, pero centrándonos en ejemplos extraídos de la conversación con pacientes afásicos. Las claves fundamentales en este epígrafe son las estrategias usadas, basadas en los campos semánticos, que simplifican la agrupación del léxico, relacionados por su significado; las series, que permiten el almacenaje en bloque de los conceptos —en los que los unos llevan a los otros— y las familias de palabras morfológicas.

Un ejemplo extraído del corpus relativo a esto es el que se produce cuando el entrevistador le dice a ERA que mencione tantos miembros de un campo semántico como pueda, con el objetivo de examinar su capacidad de almacenamiento y encontrar palabras que forman parte de una subcategoría; es decir, un conjunto de palabras basadas en la

hiperonimia. Se le pregunta por animales y, en un primer momento, nombra a los animales de la selva: *león, pantera, jirafa*. Como vemos, el sujeto agrupa a animales según su hábitat. Por eso al principio solo nombra a los que habitan en la selva: la agrupación de los animales según su procedencia facilita el almacenaje pero también el acceso. ERA está utilizando una estrategia de redes léxicas que le permite agrupar las palabras según campos semánticos. En este caso, está agrupando en una relación léxica de cohiponimia. Para falsar esta hipótesis y comprobar que los animales de la selva no son los únicos que conoce, el entrevistador le pregunta a continuación por animales de la granja, y él dice *gallina, gallo, conejo*. Esto es, conoce animales de distintas procedencias, pero si tiene que nombrarlos, los agrupa porque le resulta más cómodo. Se trata de una estrategia espontánea que utiliza el paciente para afrontar una tarea con éxito.

Otra muestra de estrategia de redes léxico semánticas puede verse en este ejemplo: el entrevistador le pregunta a FUT en qué mes estamos (septiembre) con el objetivo de evaluar su capacidad de recuperación de un elemento concreto, además de examinar su conocimiento acerca de las coordenadas espacio-temporales. El sujeto muestra dificultades para recuperar el nombre y, para salvarlo, enumera los meses del año desde el principio: *enero, febrero, marzo, abril...*⁸ Eso ejemplifica el uso de una estrategia serial: parece que lo difícil es iniciar, pero una vez que se consigue es fácil tirar del hilo de la red y continuar. Por eso es frecuente que este tipo de pacientes recuerde los días de la semana, los meses del año o su nombre y apellidos en conjunto, pero con mayor dificultad por separado. Este ejemplo demuestra que no solo ayuda el campo semántico, sino que también son útiles las series. En este caso, estamos ante una estrategia espontánea que surge cuando el sujeto pretende superar un problema de acceso. En este caso no es exitosa, pero permite trazar el camino que ha seguido el sujeto para intentar superar ese reto.

El entrevistador realiza a todos los sujetos unas pruebas de denominación con la finalidad de observar si los pacientes son capaces de nombrar correctamente los diferentes objetos y, así, evaluar el acceso léxico a estos. MCG llama *sujetador* a un botón, lo que evidencia un neologismo que tiene que ver con la morfología derivativa. Como no da con la palabra que busca, a partir de *sujetar* —porque un botón sujeta— forma *sujetador*. MCG es capaz de crear una nueva palabra, que, aunque no es la que busca, le permite enfrentarse a la

⁸ Una vez que el paciente se pierde, se rompe la serie y es incapaz de seguir.

búsqueda de la palabra. En este caso, se trata de una estrategia espontánea que surge ante un problema de acceso. No es, en sí misma, exitosa porque *sujetador* está lexicalizada. Sería interesante fomentar esta técnica con los pacientes en la terapia mediante la creación de nuevas palabras gracias a la morfología derivativa.

El ejemplo de ERA muestra una estrategia exitosa que permite al sujeto almacenar en campos semánticos, basados en la hiperonimia. Por otra parte, a pesar de que las estrategias en los dos casos últimos son, en cierta medida, fallidas, muestran cuáles son los recursos que utilizan los pacientes para tratar de afrontar sus problemas lingüísticos. Los datos de nuestros sujetos revelan que las palabras se almacenan en redes léxicas, que nos hacen saltar de un término a otro con mayor facilidad. Hemos encontrado que el depósito de las palabras podía formalizarse mediante una organización jerárquica, según campos semánticos (ERA), pero también según series más o menos fijas, como pueden ser los meses del año (FUT). La distribución serial en el lexicón mental nos ha permitido testar que pueden aparecer dos tipos de procedimiento para la recuperación: fonológicos (FUT) o semánticos (MCG). La aparición de los mismos sugiere la relevancia de la semántica y, como vemos en el caso de MCG, de la morfología derivativa. En definitiva, el análisis del corpus muestra la existencia de tres ejemplos de estrategias autónomas, dos de ellas ante problemas de anomia y otra ante una tarea de búsqueda de campos semánticos. Una de ellas es exitosa y las otras dos fracasan.

3.1.2.- Estrategia fonológica

Ya hemos visto que el nivel fonológico también está implicado en la organización del lexicón y esa hipótesis se corrobora si advertimos que los sujetos parten también del significante, de lo fonológico, para la producción de palabras que presentan complicaciones. La estrategia fonológica consiste en intentar acceder al léxico a partir de la alternancia de sonidos iniciales hasta dar con el buscado; por lo tanto, para recuperar información léxica, los sujetos prueban con distintos sonidos. Postulamos que, cuando se le pide a los pacientes que nominen diferentes objetos, no tienen dificultad para saber de qué objeto se trata pero sí para encontrar el término adecuado. Es similar al fenómeno conocido popularmente como lo tengo en la punta de la lengua: para dar con el término, los sujetos pueden probar con distintos sonidos iniciales. Un ejemplo que ilustre esta estrategia podría ser el siguiente: un sujeto que

busca la palabra «bolígrafo», para dar con ella, prueba con diferentes sonidos, p, m, s, hasta dar con la b y encontrar la palabra.

En una de las ocasiones el entrevistador pregunta a FUT qué mes es, pero el sujeto no responde correctamente. Fruto de la imposibilidad del sujeto y su frustración, el entrevistador decide dar una pista silábica: *Sept*, y no es complicado para el sujeto continuar: *Setiembre*. Lo que sucede con FUT es que, a partir del inicio de la palabra, no parece tener dificultades para continuar. Es una estrategia inducida por el entrevistador ya que, a partir de un sonido dado, continuar le resulta más sencillo. Se trata de una estrategia que resulta exitosa y responde a una tarea. Lo interesante, quizá, sería reorientar el discurso de FUT para que fuera él mismo quien probara diferentes sonidos, fomentando una estrategia autónoma.

3.2.- Estrategias de control

En este epígrafe se describen las estrategias de control, cuyo uso permite al paciente ganar tiempo mientras trata de recuperar la memoria a corto plazo. Nuestros pacientes no pueden, en muchas ocasiones, recuperar las palabras con rapidez, pero tampoco pueden fijar contenidos en su memoria, algo que se ve claramente en las pruebas de repetición. En las tareas que requieren discurso repetido del paciente es frecuente encontrar que estos no han almacenado el contenido en su memoria a corto plazo y por tanto, no pueden reproducir el mensaje. Para buscar en la memoria, los pacientes necesitan tiempo; y de ahí, surgen las estrategias que se analizan en este apartado, que pretenden ampliar el tiempo de respuesta en el acceso a la memoria a corto plazo⁹. La dificultad principal reside en la memoria a corto plazo, un tema que parece extralingüístico, pero es fundamental en la comunicación humana.

El sistema computacional humano está formado por dos componentes esenciales: un secuenciador y una memoria de trabajo. Eso permite que se puedan establecer relaciones entre un elemento anterior y otro distante, introducidos por conexiones que dan cuenta de una organización compleja. Es el caso, por ejemplo, de las anáforas y otras posibles relaciones a distancia que exigen la memorización de ciertos fragmentos. Según la jerarquía de Chomsky, las lenguas naturales son un sistema de Tipo 2, que requieren un autómata de pila dotado del

⁹ Es algo que también se produce en los sujetos sin patología: cuando intentamos recordar algo, alargamos el discurso para ganar tiempo.

espacio disponible de memoria de trabajo¹⁰ (Guillermo Lorenzo, 2013). La pila de memoria es esencial en la lengua humana porque permite, entre otras cosas, establecer una relación jerárquica entre los elementos oracionales. Para superar los bloqueos relacionados con las conexiones de la memoria a corto plazo, los pacientes utilizan dos estrategias principales: la ampliación del tiempo y la prosodia. En relación con la primera, tenemos que mencionar algunos conceptos clave. Las tareas de edición son pausas oralizadas, como vocalizaciones, que prolongan el tiempo que el hablante tiene para acceder a las palabras. Las palabras comodín, analizadas por algunos autores como automatismos o distractores¹¹, son también fundamentales para tratar de aumentar la capacidad de memoria. La segunda se relaciona con la imitación prosódica en los usos conversacionales —principalmente— en los que el paciente repite el discurso del entrevistador.

3.2.1.- Estrategias de apoyo para ganar tiempo.

Esta estrategia (presente también en sujetos sin patología, aunque con menor incidencia) puede materializarse mediante el uso de palabras comodín o la reducción de la velocidad articulatoria. Son facilitadores que ayudan en la tarea de acceso al léxico y en la tarea articulatoria, por lo que el hablante pretende dar una sensación de seguridad ante su interlocutor, que modifica la visión del primero sobre su propio discurso. A su vez, se relacionan con la preservación de la estructura conversacional básica (Carlos Hernández Sacristán, 2006). De ahí que, en todos los casos, los ejemplos que muestran esta estrategia se producen en el discurso libre de los pacientes.

Los pacientes afásicos tienen problemas de memoria y, como afirman Gallardo Paúls y Hernández Sacristán (2013), en las afasias motoras los elementos paralingüísticos cobran una gran importancia: el mensaje pierde su naturaleza proposicional y se apoya en actos de habla activadores de inferencias, como pueden ser las vocalizaciones, las interjecciones, las proformas...¹² Según estos autores, los objetivos que se cumplen con este tipo de producciones son dos: trasladar carga semántica proposicional y mantener su papel de

¹⁰ Los sistemas de Tipo 3 responden a una organización lineal y es necesario un autómata de estados finitos, sin memoria de trabajo.

¹¹ La diferencia principal entre estos dos términos radica en el sujeto que produce el fenómeno y en la incidencia del mismo. Si es un sujeto sin patología, hablaremos de distractores. Si es un sujeto con patología y una afasia no fluente muy marcada, hablaremos, probablemente, de automatismo.

¹² Este caso se da, principalmente, en FUT.

emisor. En estas construcciones en las que aparece un marcador discursivo u otro conector con un papel diferente al habitual, el hablante no suele considerar que la construcción se vaya a completar. Por eso se han denominado construcciones suspendidas (Carlos Hernández Sacristán y Enric Serra Alegre, 2007). En nuestro corpus hemos encontrado tres técnicas relacionadas con estos elementos paralingüísticos.

FUT tiene grandes dificultades para la comunicación. Utiliza con frecuencia “Eeh...”, cuyo uso tiene dos funciones. La primera es la de prorrogar el momento de la respuesta y permitir la reflexión más pausada. La segunda es la de rellenar un hueco en el turno de palabra que, en una conversación, debe alternarse. Se trata, por tanto, de lo que algunos autores denominan «tareas de edición» (Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013), mediante las cuales el hablante pretende gestionar su falta de fluidez. Concretamente, de lo que se conoce como «pausa oralizada», una vocalización con las que el hablante rellena el silencio para no perder el turno de palabra mientras planifica su intervención. Es una estrategia espontánea exitosa y que sucede, sobre todo, ante problemas.

Otra estrategia que entra dentro de las Tareas de edición es el uso de palabras comodín. así, por ejemplo, este sujeto utiliza con mucha frecuencia *entonces*. En ocasiones, sirve para introducir una frase y su uso puede ser coherente y necesario: «E: Vale ¿qué conducías? / I: Una bar...enlon te encima... entonces...em... entonces, eh...[ESCRIBE EN LA MESA]». Sin embargo, lo más habitual es que no sea así y la introducción del marcador discursivo sea un simple apoyo. Así, por ejemplo, el entrevistador le pregunta, en un momento dado, si su hijo también conduce. Él asiente con la cabeza, pero pronuncia *eh, entonces...* : «E: ¿Tu hijo también es conductor? / I: Eh, entonces / E: ¿Él qué conduce? / I: Eh, entonces, embulancia / E: Vale, entonces tu hijo conduce ambulancias / I: No, entonces».

En este caso, hablamos de estrategia espontánea que aparece en todo tipo de situaciones: ante tareas y ante problemas. El uso de las palabras comodín es exitoso y prueba de ello es que, cuando aparece, el bloqueo del sujeto es mucho menor. Por eso surge con mucha facilidad cuando hay otros huecos comunicativos y lingüísticos que el hablante no puede rellenar. Pueden suceder dos cosas producidas en orden inverso: el índice de frecuencia de *entonces* es tan alto que bloquea otras palabras o el bloqueo de otras palabras es subsanado

con la aparición de dicho comodín.¹³ En cualquier caso, cuando aparece, el sujeto manifiesta una especie de desahogo y de cese de la búsqueda de la palabra concreta. Le otorga a FUT una sensación de confianza en su propio discurso que se ve incrementada reduciendo la velocidad del habla. Este uso recuerda a lo que autores como J. M. Vendrell (2001) denominan automatismos. Son expresiones habituales que, en una fase inicial y grave de la afasia, puede aparecer con gran asiduidad en la producción del sujeto.

ERA utiliza una estrategia semejante a la de las palabras comodín. Para intentar dar respuesta a una de las preguntas del doctor, produce un *¿cómo te diría yo?* Esa pregunta retórica puede verse como un intento de aumentar su tiempo de reflexión e indagación. Pero la incidencia es mucho menor que la de *entonces* en FUT. El uso que hace ERA para esta prolongación se asemeja a los recursos habituales de un hablante sin patologías. Por eso, no podemos decir que se trata de un automatismo, aunque sí parece tener la misma función que los distractores: la prolongación del tiempo.

Una tercera estrategia en este ámbito es la reducción de la velocidad de emisión: es verdad que el sujeto afásico disminuye el ritmo de producción porque es un déficit articulatorio adquirido tras el ACV, pero no deja de ser por ello una estrategia que le permite ser más preciso con lo que sí consigue producir. Se debe a que durante el tiempo en el que balbucea y no emite contenido semántico, el sujeto está buscando el léxico y la estructura. También le sirve para mejorar su producción articulatoria: si habla más rápido, la producción es ininteligible. Es decir, reduce la velocidad porque sabe que el grado de comprensión es mucho más alto de ese modo. Cuando el doctor le pregunta para qué sirve el reloj, FUT se toma su tiempo: «Es, lo que, el torque... [hace un signo del movimiento de las agujas del reloj] que, el... buff... el que pasa las horas eh eh en campe en...tonces» pero finalmente acaba dando la respuesta acertada. De un modo similar, ERA tiene un modo de producir que se caracteriza por el sosiego y la tranquilidad. Es un discurso pausado que se relaciona con lo que se está analizando. «E: ¿Cuántos años tienes? / I: Eee... Sesenta y... [DE MANERA PAUSADA Y LENTA] siete. / E: Muy bien. ¿Y dónde estamos ahora? / I: Eee... En el hospital de... San Juan de Dios». Por último, también MCJ reduce la velocidad de su producción con la misma finalidad, aunque sus intervenciones son más fluidas¹⁴: «E: Buenos

¹³ Podría ser que el sujeto se acomodara a dicha estrategia.

¹⁴ No produce oraciones apenas, pero sus intervenciones, aunque sean escuetas, se comprenden fácilmente.

días / **I:** Buenos días [CON UNA ARTICULACIÓN BASTANTE PAUSADA Y PRONUNCIADA]». Se trata de una estrategia espontánea que se produce en todo tipo de situaciones, ya que surge como consecuencia de cualquier producción verbal. Es una estrategia exitosa que puede fomentar la aparición de otras: al aumentar el tiempo, es probable que la recuperación de la información sea más eficaz. Como vemos, en los tres pacientes tenemos datos que prueban que alguna de las vertientes de esta estrategia es usada y con resultados satisfactorios. El caso más complejo es el de FUT, que reduce la velocidad, utiliza palabras comodín que se convierten en automatismos y, además, aparecen en su producción las tareas de edición. La combinación de estas tres acciones permite que el objetivo de la estrategia se cumpla.

3.2.2.- Estrategias basadas en la prosodia.

Esta estrategia surge en distintos escenarios: hay ocasiones en las que los sujetos repiten un discurso anterior porque es un requerimiento de la tarea que propone el doctor; o casos en los que aparece un par adyacente donde, de nuevo, la repetición es fundamental. También puede usarse como método para acceder a determinados elementos. Dado que los sujetos presentan dificultades en el almacenamiento de la memoria a corto plazo, esta estrategia permite retener una parte de la información: la que se refiere al patrón entonativo. Los sujetos son capaces de recordar el esqueleto rítmico y de acentuación de las palabras, a pesar de que no producen la estructura fonológica completa ni remiten al contenido semántico.

Esta estrategia se da frecuentemente en FUT. Se produce, sobre todo, cuando repite el discurso de su interlocutor: «**E:** Buenos días / **I:** Es... anos...menos días», que responde al concepto de par adyacente. Se trata de una secuencia de dos enunciados que componen una estructura fija, de tal manera que cuando el primer interlocutor emite el primer enunciado, el segundo interlocutor emite la segunda parte del par. Por eso, el ejemplo que estamos analizando pertenece al discurso repetido y convencional. Cuando tiene que repetir o producir un segmento fónico ecoico, el sujeto formula la frase de acuerdo a la melodía y a la acentuación, a pesar de que el contenido semántico, fonético y articulatorio, en muchas ocasiones, no está.

Por otro lado, el entrevistador realiza unas pruebas de repetición a todos los pacientes y con FUT también se produce este fenómeno en algunos ejemplos: «E: Regimiento de caballería / I: Eremimiento con los cabayería»; «E: ¿Puede ser neurología? / I: ¡Eh sí! Norología». Sin embargo, también hay un ejemplo en el corpus en el que FUT utiliza esta estrategia en la producción espontánea y no en repetición: «E: ¿Cómo se llama este sitio donde estamos ahora? / I: El Juan va... eh Boscós»¹⁵. En todos los casos simula la longitud silábica y la cantidad acentual de las palabras que repite o produce. Se trata de una estrategia espontánea que aparece ante una tarea, que es una pregunta sin mayores pretensiones que el fomento de la producción verbal. No es exitosa en el sentido de que no consigue remitir al elemento verdadero, pero la aparición de una estructura similar permite que el interlocutor atento sepa a qué se refiere.

La imitación rítmica se combina con errores fonemáticos y articulatorios que comete el paciente. Quizá para compensar y equilibrar su discurso, el sujeto recurre a la repetición estructural de la palabra. De ese modo, el referente es más accesible para su interlocutor y el hablante aparenta dominar la conversación. Para explicar con claridad esto, debemos aludir a la diferencia entre significante y significado. A su vez, el significante se subdivide en un componente de nivel fonológico y un componente de nivel prosódico. Lo que FUT repite pertenece al nivel prosódico de la palabra: conoce el contenido semántico que quiere producir, pero no recuerda —tal vez porque su pila de memoria está dañada— la estructura fonológica exacta, así que intenta imitar la prosodia de las palabras. La estructura semántica, que remite al contenido, no parece presentar dificultades en el conocimiento del hablante. Sin embargo, es el acceso a la estructura fonológica completa lo que presenta impedimentos relacionados con la memoria a corto plazo.

3.3.- Estrategias de comunicación multimodal

En este apartado vamos a analizar las estrategias compensatorias que tienen que ver con la comunicación no verbal, sobre todo relacionadas con la gestualidad. Como veremos, en nuestro corpus entre las estrategias de la comunicación multimodal se distinguen sobre

¹⁵ San Juan de Dios.

todo tres situaciones en los que aparecen los gestos: puede sustituir al lenguaje, combinarse con él o reemplazarlo. En cada uno de los subapartados nos detendremos en detalle en estas situaciones para analizarlas en profundidad.

Como hemos visto, los pacientes afásicos tienen dificultades tanto en el acceso al léxico, como en la articulación y el almacenamiento de la información a corto plazo. Esos problemas manifiestan déficits en la oralidad. Pero la expresión verbal no es la única herramienta de la comunicación: la lengua hablada es una manifestación de nuestra capacidad del lenguaje, pero no la única. Por eso hay otras posibles: donde la producción verbal es insuficiente y no cubre las necesidades comunicativas básicas, se utiliza la multimodalidad, que subsana las dificultades en la producción verbal. Poyatos (2012) define la multimodalidad como la diversidad combinada o sincronizada de códigos, modos, medios, fuentes y canales comunicativos. En esta definición se incluye como multimodal todo aquello que es paraverbal: escritura, gestualidad, signos visuales...¹⁶. La multimodalidad está compuesta por el sistema kinésico (basado en la gestualidad) —el único que se analiza en este trabajo—, el paralingüístico (que tiene que ver con el tipo de signo que se está analizando en cada caso), el proxémico (referido a la distancia con el interlocutor) y el cronémico (relacionado con el tiempo). En nuestra investigación solo hablaremos de lo relativo al sistema kinésico, ya que son los únicos ejemplos que se han presentado.

Establecer una tipología gestual nos permite sistematizar y clasificar los datos de nuestra muestra. En general, la gestualidad —independientemente de si se sufre o no patología lingüística—¹⁷ como herramienta en la comunicación tiene una doble funcionalidad: la interactiva, que posibilita la comunicación, y la interna, que organiza el discurso del propio hablante. Además, debemos identificar si los gestos son de semántica baja, es decir, que exponen la reacción del emisor, acompañan al discurso oral, dan ritmo al discurso y permiten organizarlo —estos tienen un valor significativo para nuestro estudio porque pueden informar

¹⁶ El corpus de pacientes no muestra ejemplos en los que los sujetos usen otras estrategias comunicativas además de la gestualidad, como podría ser la escritura, por ejemplo. Por eso se ha focalizado la atención en el análisis gestual. Además, teniendo en cuenta los pacientes que tratamos, es frecuente que su capacidad motriz se vea dañada.

¹⁷ Es necesaria aclarar la diferencia entre el análisis gestual corporal y el análisis gestual facial. El análisis facial es mucho más específico, complejo y detallado.

del estado emocional del hablante—¹⁸ o si se trata de gestos referenciales¹⁹, que son los que dependen claramente del contenido semántico.

Cuando se habla de multimodalidad en pacientes afásicos, algunos autores defienden la aparición de una tipología específica propia; tendríamos que mencionar los gestos cohesivos y los *butterworths*, que son los gestos que utiliza el hablante cuando intenta recordar una expresión verbal. En los usos gestuales que se producen en pacientes afásicos, podemos señalar dos tipos de gestos, según sus consecuencias en el lenguaje patológico: los gestos cuya función es comunicativa y equivalente a la verbal y los gestos que facilitan el lenguaje oral; es decir, gestos sustitutivos o inductores del habla, (Montserrat Veyrat Rigat, Beatriz Gallardo Paúls y Enrique Serra Alegre, 2009)²⁰. En personas con déficit lingüístico, el apoyo gestual es frecuente. A la hora de abordar la relación de gesto y habla en el cerebro, McNeill (1992) considera importante analizar los gestos en pacientes con afasia. A pesar de que hay diferencias entre los gestos producidos por los dos principales tipos de afasia, fluente y no fluente, en ambos casos se pueden realizar gestos²¹. En nuestro caso, nos vamos a centrar en el uso de la gestualidad en su función compensatoria del lenguaje.

No todos los sujetos del corpus manifiestan la misma incidencia de uso gestual. FUT y ERA utilizan apoyo en esta estrategia, pero MCG no; además, el primero de los dos sujetos se apoya más en el gesto porque posee mayores dificultades en la producción verbal. A continuación, la descripción de los aspectos multimodales del corpus es el siguiente: en primer lugar, aparecen los gestos y las expresiones que apoyan la producción verbal; después, los gestos y las expresiones que sustituyen la producción oral; por último, presentaremos los gestos y expresiones que contradicen la producción oral.

¹⁸ Analizar los datos de manera tan específica ha permitido que el equipo investigador conociera las diferentes reacciones del sujeto conforme se enfrentaba a sus dificultades y triunfos. Ha sido una de las cosas más especiales de este trabajo.

¹⁹ Estos están subdivididos en clasificaciones útiles para personas sin patología, pero demasiado amplias para lo que encontramos en nuestro corpus: emblemas, ilustradores, ideográficos, pictográficos, deícticos, kinectográficos...

²⁰ En nuestra muestra, analizamos tres maneras en las que pueden aparecer los gestos en función de su relación con el lenguaje hablado, como se verá a continuación.

²¹ Algunos autores consideran que los gestos que producen los pacientes con afasia son diferentes en función de la patología específica que estos sufran. Consideran que los pacientes diagnosticados con la tradicional afasia de Broca tienen una manera determinada de hacer los gestos que se caracteriza por la lentitud, pero también por la capacidad para facilitar la comprensión. A su vez, los diagnosticados con afasia de Wernicke producen unos gestos que son, como su lenguaje, ininteligible pero constante.

3.3.1 Apoyo en la producción verbal

Una de las pruebas realizadas durante las entrevistas para estimular la producción de discurso libre del paciente consiste en que el entrevistador, después de pedirle nominar un objeto a FUT, le pregunta para qué sirve. Por ejemplo, FUT hace el gesto del recorrido de las agujas del reloj cuando le preguntan para qué sirve. Es decir, está haciendo una descripción del aspecto formal del contenido verbal, que es precisamente la función de los gestos pictográficos. Así, sirve como inductor del habla para completar su gestualidad con *para las horas*. Lo que suele suceder en el caso de los gestos inductores del habla es que dichos gestos permiten recuperar una palabra o una frase que no ha podido emitirse de manera oral. Y es que «When the spoken output goes awry, gestures can proceed fluently and the idea until be expressed in an appropriate iconic gesture» (McNeill, 1992).

Otro ejemplo de inductor de la producción verbal podría ser el encontrado en el corpus de ERA. De nuevo, para conseguir que el paciente produzca espontáneamente su discurso, el entrevistador le pregunta sobre los problemas a los que se enfrenta como consecuencia de la afasia que padece. Cuando el interlocutor le pregunta qué hace cuando no le salen las palabras, el sujeto mueve las dos manos juntas de izquierda a derecha: «I: [niega con la cabeza y con su mano derecha realiza un movimiento en horizontal de atrás hacia delante]. Prácticamente... eee... [realiza el mismo movimiento con la mano izquierda, desde el interior hacia el exterior de manera horizontal] decirlo... no.»

En el examen detallado del corpus se encuentran evidencias de la aparición de estrategias mixtas. El lenguaje no es serial sino que incorpora todo a la vez. La naturaleza de la comunicación es holística, ya que se caracteriza por múltiples interacciones combinadas, cada una de las cuales se comporta de un modo particular que contribuye a la información total del conjunto. Para demostrar esta evidencia, hallamos algunos ejemplos empíricos que la sustentan.

Cuando FUT busca en el léxico los meses del año, hace un recorrido que empieza desde enero. Lo que resulta interesante, en este momento del trabajo, es dar cuenta de que esa búsqueda viene acompañada de la enumeración con los dedos: cada vez que dice un mes, saca un dedo. Parece evidente, según lo visto hasta ahora, que el léxico se almacena en redes.

Pero también conviene destacar que la gestualidad y el léxico son estrategias que se pueden combinar para recuperar con mayor facilidad y rapidez lo almacenado.

La gestualidad y el ritmo también se encuentran estrechamente vinculados. El *stroke* del gesto se realiza cuando se pronuncia la sílaba tónica, incluso cuando esa sílaba tónica se encuentra vacía de significado y solo imita un patrón entonativo. En los casos que se han analizado en los que FUT imitaba un patrón rítmico, es cierto que no realizaba gestos referenciales. Pero sí gestos que acompañan su discurso y son de semanticidad baja. Incluso con esos, se produce la sintonía entre *stroke* del gesto y sílaba tónica de la producción verbal.

Estos elementos se combinan con el lenguaje: primero se produce el gesto y eso permite que la recuperación de la información sea el siguiente paso. En todos los casos, estamos hablando de estrategias autónomas que aparecen ante problemas o ante tareas y suelen resultar exitosas.

3.3.2 Sustitución de la producción verbal

El caso de ERA nos proporciona un valioso ejemplo de sustitución del habla. En el discurso libre y fluido, ERA utiliza el movimiento de las manos como recurso expresivo para la distribución; es decir, cuando quiere explicar lo que le pasa en algunas ocasiones mueve una mano, y cuando explica lo que le sucede otras, mueve la mano contraria. El doctor le había preguntado si siempre se encontraba con los mismos obstáculos a la hora de hablar o tenía mejores momentos que otros, y el sujeto responde: «Sí, pero además eee... perfectamente. Eee... me puedo salir con cualquier cosa [mueve el brazo derecho] y otros que... [mueve el brazo izquierdo en posición horizontal, de lado a lado y niega]». Es decir, utiliza el movimiento de un brazo como distribuidor de una idea, y el movimiento del brazo contrario para expresar la idea opuesta. Los gestos ayudan a organizar pensamientos y facilitan la expresión, pero además, tienen consecuencias en el proceso cognitivo ya que interfieren en el procesamiento del pensamiento del emisor. Por eso los utilizan los sujetos para organizar la reflexión interna sobre su discurso. En este caso concreto, estamos ante una estrategia espontánea que resulta exitosa y aparece en una tarea.

3.3.3. Contradicción de la producción oral

Hemos visto que el doctor trata de mantener una conversación lo más natural posible con los pacientes, fomentando el uso espontáneo del lenguaje, como sucede en el ejemplo que vamos a detallar a continuación. En un momento dado le pregunta a FUT si además de al habla el daño cerebral le afectó a algo más. Con este tipo de pregunta semilibre el objetivo es analizar la fluidez del hablante, principalmente, pero también saber cuáles son sus impresiones, recuerdos y secuelas de su ACV. A pesar de responder no con la cabeza a la pregunta sobre la afectación a otras áreas no lingüísticas, señala la mitad de su cuerpo. Según la tipología gestual detallada anteriormente, es un gesto referencial deíctico porque da cuenta de la situación espacial. En este ejemplo, la gestualidad sirve para corregir una producción verbal errónea. Por tanto, es una estrategia espontánea que fracasa porque se opone a lo que realmente quiere decir.

Conviene decir que el primer sujeto es el que más dificultades tiene para comunicarse oralmente de manera fluida. Sin embargo, utiliza bastante apoyo gestual, sobre todo en la búsqueda de léxico, es decir, utiliza el movimiento *butterworths*. La modulación facial de este sujeto es reveladora porque refleja si el paciente se da cuenta de su éxito o de su fracaso en la producción verbal, pero no podemos considerar este tipo de gestualidad como referencial, aunque sí es informativa. Desde luego, la expresión de la actitud del sujeto impresiona mucho a quien analiza los vídeos. En otras ocasiones, cuando busca una palabra y no la encuentra, eleva los hombros y, con los brazos doblados y las palmas hacia arriba, muestra su dificultad. También es frecuente que en esos casos mueva las manos repetidamente. En varios momentos de la comunicación, dice no con la cabeza de lado a lado y se la señala, reflejando su imposibilidad de acceso a las palabras. Además, FUT también busca otras estrategias que no tienen que ver con la oralidad: dibuja y escribe: «75», «coche»²², y realiza un gesto referencial cuando le pregunta qué conducía: intenta dibujar un coche.

ERA produce más gestualidad facial que corporal: no realiza gestos referenciales al uso pero sí que produce con frecuencia gestos de semanticidad baja que tienen que ver con su estado anímico, como levantar las cejas, fruncir el ceño, cerrar los ojos.... Sin embargo, hay

²² Este paciente utilizaba estrategias paralingüísticas con frecuencia: dibujo, escritura. Lo cierto es que no se le dieron los medios necesarios: no tenía papel y tampoco bolígrafo. Este error fue subsanado en el resto de entrevistas.

un gran número de ocasiones en las que asiente o niega con la cabeza (hasta 47 veces), ejemplo de lo que podría considerarse emblema, según la clasificación anterior. Hemos observado que en ningún caso se refiere a objetos mediante la gestualidad; solo hay un momento en el que realiza un movimiento corporal y sirve para organizar su discurso. Comprobamos que, en el caso de ERA, los gestos son interpretables aunque se producen con lentitud y de manera anómala.

Hay diferencias de uso de la gestualidad entre FUT y ERA. El apoyo multimodal en FUT es mucho mayor, y se relaciona con la necesidad de llenar huecos que incapacitan la comunicación oral. Los movimientos que realiza son bastante espontáneos y su función es tanto inductora como sustitutiva, aunque también hemos visto que en algunos casos funciona como corrector de lo oral. Sin embargo, ERA está mucho más rígido durante la conversación: no se mueve apenas. Cuando lo hace, el fin de su movimiento es sustituir o inducir el lenguaje.

En definitiva, los datos permiten establecer una diferencia entre los gestos de semanticidad baja y los gestos referenciales. Los primeros muestran cuál es la actitud del hablante ante la posible frustración. Los segundos sirven para sustituir la producción verbal que ha sido imprecisa, inadecuada o incorrecta; pero también para inducir el lenguaje oral, que presenta dificultades en su acceso y producción. Hemos analizado también ejemplos de gestos cuya función es la organización del pensamiento, como en el caso de ERA.

Capítulo 4. Conclusiones

El objetivo de este trabajo era investigar las estrategias que los sujetos utilizan para sobrellevar los problemas lingüísticos que se derivan de determinadas lesiones cerebrales. El estudio de las estrategias es importante para profundizar en el conocimiento del lenguaje y, por extensión, para crear las condiciones adecuadas que mejoren las terapias (López-Villaseñor y Calvo Expósito, 2013). Por tanto, para entender mejor la capacidad lingüística y para poder ser más eficientes en las tareas de rehabilitación no solo se han de conocer las limitaciones de estos enfermos, sino también los mecanismos que utilizan para superarlas.

En el capítulo 1 se ha definido la afasia y se ha trazado la tipología básica, fundamental en este trabajo, que distingue entre afasia fluente y no fluente. Se ha abogado por abordar el estudio de las patologías lingüísticas desde una perspectiva multidisciplinar que reúna los conocimientos de todas las ramas implicadas para realizar un buen diagnóstico y una posterior intervención terapéutica. Asimismo, se ha introducido una noción central en el trabajo: las estrategias compensatorias, que se basan en el desarrollo de aquellas tácticas espontáneas que resultan más sencillas para cada paciente.

El capítulo 2 describe el procedimiento seguido para obtener los materiales del corpus propio. El equipo investigador dio unas directrices comunes al entrevistador para que las preguntas giraran en torno a tres cuestiones principales: nominalización, producción de discurso libre y repetición, y así evaluar a cada paciente desde una perspectiva global. A partir de estas tres tareas y los diferentes problemas que plantean surgen las estrategias analizadas en el capítulo 3. Este procedimiento permite un análisis individualizado y profundo de cada paciente. Por otro lado, es la metodología más accesible y adecuada para el estudio de caso.

El análisis de las entrevistas de tres sujetos afásicos pone de manifiesto tres bloques de estrategias. En primer lugar, hemos destacado las que permiten acceder al léxico a través de los campos semánticos, las series léxicas y la morfología derivativa; pero también las estrategias que permiten dicha recuperación partiendo de la fonología, para recuperar palabras en función de pautas fónicas. En segundo lugar, hemos analizado las estrategias que

tratan de superar los problemas impuestos por la memoria a corto plazo, ya sea a través de la prolongación del tiempo de respuesta del sujeto (con el uso de las palabras comodín, las pausas oralizadas o la reducción de la velocidad del habla), o con el uso de claves prosódicas. Por último, hemos analizado las estrategias basadas en la multimodalidad del lenguaje. En este sentido, la gestualidad que utilizan los pacientes afásicos puede servir para inducir el lenguaje, sustituirlo o combinarse con el mismo. Todas estas estrategias compensatorias de la producción verbal se clasifican a lo largo del trabajo en diferentes tipos: autónomas o inducidas; como respuesta ante una tarea o un problema; exitosas o no exitosas. En líneas generales, las estrategias que hemos analizado se pueden utilizar en la intervención clínica de afásicos con el objetivo final de posibilitar su autonomía.

Además de la aplicación clínica, los datos obtenidos en el corpus propio nos permiten testar hipótesis sobre la naturaleza del lenguaje. En concreto, los datos obtenidos avalan que el léxico se almacena en redes, a los que se accede por relación semántica o fonológica. Las distintas pruebas de repetición han manifestado la importancia de la pila de memoria en el lenguaje humano. Y, por último, el comportamiento de estos pacientes inciden en la naturaleza multimodal de la comunicación humana.

En definitiva, la incursión por parte de los lingüistas teóricos en el campo de la lingüística clínica tiene ventajas para ambas áreas. En este sentido, sería interesante la aplicación de esta metodología observacional e individualizada a otro tipo de patologías que manifiesta dificultades de este tipo, como las demencias u otras enfermedades que conllevan un deterioro cognitivo. Incluso un estudio comparativo entre las diferentes patologías lingüísticas sería un estudio realmente enriquecedor. Otra posibilidad de ampliación del estudio podía consistir en aplicar esta misma metodología a un grupo de pacientes afásicos, pero combinándola con la resonancia funcional para determinar cuáles son los circuitos concretos que ponen en marcha el uso de las diferentes estrategias.

BIBLIOGRAFÍA

- Aitchison, Jean (1999). *Words in the mind: an introduction to the mental lexicon*, Oxford [etc.]: Blackwell.
- Gallardo Paúls, Beatriz y M. Veyrat Rigat (2004). *Estudios de lingüística clínica: lingüística y patología*, València: Departament de Teoria dels Llenguatges, Universitat de València: Associació Valenciana de Llenguatge, Comunicació i Cultures.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2005). *Guía comunicativa para interlocutores-clave en el marco de la conversación afásica*, Universitat de Valencia-Estudi General.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Julia Sanmartín Sáez (2005b). *Afasia fluente. Materiales para su estudio (Volumen 1 del corpus PerLA)*, Valencia, acceso en línea: <https://www.uv.es/perla/GallardoySanmartinVol1.AfFluente.pdf> [25/06/2020].
- Gallardo Páuls, Beatriz y Verónica Moreno Campos (2005c). *Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático (Vol.2 del corpus PerLA)*, Valencia, acceso en línea: <https://www.uv.es/perla/GallardoyMOrnoVol2.AfNoFluente.pdf> [25/06/2020].
- Gallardo Paúls, Beatriz y Carlos Hernández Sacristán (2013). *Lingüística clínica. Un enfoque funcional sobre las alteraciones del lenguaje*, Madrid, Arco-Libros.
- Hernández, J., Avedaño A., Rojas, J. (2012). «Efecto de la frecuencia léxica y silábica en la afasia anómica», *Revista Ciencia Salud*; 10 (3): 337-346.
- Hernández Sacristán, Carlos (2006). *Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Hernández Sacristán, Carlos y Enric Serra Alegre (2007). «Construcciones suspendidas y gestión del turno conversacional en la evaluación de la afasia», en *Pragmalingüística*, vol. 15-16, Valencia, Universitat de València, pp. 112-132.

- Juncos, O. Elosua, R. , Pereiro, A.X. y Torres, M.C. (1998). «Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención», *Anales de Psicología*, 14, 169-176.
- López García, Ángel, Amparo Montaner, Ricardo Morant, Manuel Pruñonosa (2011). «Redes léxicas como redes neuronales», en *Revista de investigación lingüística*, 14, 61-86.
- López-Villaseñor, M. L. y J. A. Calvo Expósito (2013). «Rehabilitación morfológica en trastornos del lenguaje: necesidad clínica avalada por evidencia experimental», *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45, 1: 111-120
- Lorenzo, Guillermo (2013). *Biolingüística. La nueva síntesis*, Oviedo, accesible en línea:
<https://www.uniovi.es/biolang/la-nueva-sintesis/img/biolang-la-nueva-sintesis.pdf>, [25/06/2020].
- Marrero, V. y I. Pineda (eds) (2009). *La Lingüística ante el reto de la aplicación clínica. Actas del II Congreso Internacional de Lingüística Clínica*, Madrid, UNED.
- McNeill, David (1992). *Hand and mind: What gestures reveal about thought*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Montañés, Patricia y Felipe de Brigard (2005). *Neuropsicología clínica y cognoscitiva*, Colombia, Universidad Nacional de Colombia.
- Paredes Duarte, M^a Jesús (2019). *Cuestiones de Lingüística clínica. Trabajos presentados al V congreso internacional de Lingüística clínica*, Cádiz, UCA.
- Poyatos, Fernando (2012). La Comunicación No Verbal como asignatura en Filologías Clásicas y Modernas, en *Didáctica. Lengua y Literatura*, vol. 25.
- Quintanar Rojas, Luis (2002), Yulia Solovieva y José León-Carrión. «Diagnóstico de la afasia motora eferente. Estudio de un caso», en *Revista española de Neuropsicología*, 4.

- Quintanar Rojas, Luis, Emilio Lázaro García y Yulia Solovieva (2005). «Diagnóstico neuropsicológico de la afasia motora aferente», en *Revista española de Neuropsicología*, 8.
- Reyes Tejedor, Mariano y M^a Victoria Camacho Taboada (2007). *Patologías del lenguaje. Lingüística, afasias y agramatismos*, Madrid, Editorial universitaria Ramón Areces.
- Sharp, Victoria L., Connie A. Tompkins & Jana M. Iverson (2007). «Gesture and aphasia, Helping hands?», *Aphasiology*, 2007, 21 (6/7/8), 717-725
- Saussure, Ferdinand de (1916). *Curso de lingüística general*.
- Vendrell, J. M., (2001). «Las afasias: semiología y tipos clínicos», en *Revista de Neurología*, 32 (10): 980-986.
- Veyrat Rigat. M., B. Gallardo Paúls y E. Serra Alegre (2009). «Gestualidad compensatoria y afasia», *La lingüística como reto epistemológico y como acción social*. Barcelona, Arco Libros, accesible en línea https://www.academia.edu/4211234/2009._Gestualidad_compensatoria_y_afasia [15/06/2020].

ANEXO I: Comité de Ética.



Informe Dictamen Favorable

C.P. - C.I. PI19/368

9 de octubre de 2019

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 09/10/2019, Acta Nº 17/2019 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Estrategias lingüísticas y comunicativas compensatorias de los enfermos de afasia

Investigadora Principal: Mª del Carmen Horno Chóliz, Universidad de Zaragoza

Versión protocolo: V.2, 17/09/2019

Versión documento de información y consentimiento: Versión 3,

04/10/2019 2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y las muestras.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

**GONZALEZ
HINJOS
MARIA - DNI
03857456B**

Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2019.10.14
12:24:06 +02'00'

María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO II: Transcripciones de las entrevistas

(): siempre con referencia en el entrevistador.

[XX]: descripción de sonidos, pausas...

[xx]: gestualidad.

Sujeto 1: FUT.

Entrevistador: Buenos días

Informante: Es... anos...menos días

E: ¿Cómo te llamas?

I: E...A... E²³

E: Muy bien ¿cuántos años tienes?

I: E... nov... eeee... el..eh...el...lo...el...lo...puf mmm...[CHASQUIDO CON LA LENGUA] eee
eee eel ogust... es, og, es, culte el va [cuenta con los dedos] eee conte [CHASQUIDO CON LA
LENGUA] el com/ el contr/

E: Vale, puedes usar gestos con la mano, puedes decirme el número que es con la mano

I: Eh...no [BALBUCEA ALGO ININTELIGIBLE] eh...eeh decon (2)... enten..no cul...[escribe en
la mesa]

E: Setenta y

I: [Asiente] ¡cinco!

E: Cinco. Muy bien, vale, vale, muy bien Eem ¿en qué trabajabas?

I: Eh en eh... couche, en echo, coche, en tolcia eh *chasquido con la lengua* en tol...en ciento, een...
[Escribe en la mesa]

E: Una C...

I: [Sigue escribiendo]

²³ Dice su nombre completo.

E: Mmm... no te he entendido... ¿conducías?

I: Eeh... ¡Sí! [asiente enérgicamente] entonces tú ti

E: Vale ¿qué conducías?

I: Una bar... enlon te encima... entonces... em... entonces, eh... [escribe en la mesa]

E: ¿Una efe? ¿una e?

I: Borjón... melcontoncina, bate... brrr... que

E: Bueno, no te preocupes, no te agobies

I: Eh... eh.. lo cop

E: ¿Tu hijo también es conductor?

I: Eh, entonces

E: ¿Él qué conduce?

I: Eh, entonces, embulancia

E: Vale, entonces tu hijo conduce ambulancias

I: No, entonces

E: No. Tú conducías ambulancias

I: Eh, no, el de pele peque

E: Vale.

I: Lo co.. que.. [CHASQUIDO] nono, eso no, que, no comprendo (voz más baja)

E: Vale, no te preocupes. Eh, me has dicho que tienes 75 años ¿sabes en qué mes estamos ahora?

I: Eh, en, mes de diciem... em, eh, ener... [empieza a contar con los dedos] enero, ferbero, marzo, abril, ees... me-lo-cotón... me-lo-to. No...co-leja, eh

E: Estamos en sep..., estam...

I: Eh... eh... entones...

E: Francisco, estamos en sep-

I: Setiembre

E: Muy bien, vale

I: Eh, es un tom...vete, vale, que

E: Vale ¿cómo se llama este sitio, donde estamos ahora?

I: ¿Cómo?

E: ¿Cómo se llama este sitio donde estamos ahora?

I: El Juan va... eh Boscós, eh cam...bal que el bas... que... buff...

E: Vale, no te preocupes, San san Juan

I: El San Juan de Dios

E: Muy bien, vale ¿me puedes decir cómo se llama esto? (le da un bolígrafo)

I: ¿Esto? Un bolelgrafo

E: Muy bien ¿eso que llevas tú en la muñeca?

I: Esto, reloj

E: Muy bien ¿para qué sirve?

I: Es, lo que, el torque... [Hace un signo del movimiento de las agujas del reloj] que, el buff... el que pasa las horas eh eh en campe en...tonces

E: ¿Vale para mirar la hora no?

I: Claroo, pues

E: Muy bien, vale, eh, señálate tu nariz

I: ¿Qué? [Se toca la nariz]

E: Tócate la nariz. Muy bien, vale, repite lo que digo yo ¿vale? Yo digo una frase y tú la repites:
Regimiento

I: Regiminto

E: Regimiento de caballería

I: Eremimiento con los cabayería

E: Vale “El río lleva agua fría”

I: En ton, con ten to

E: Repetimos “El río lleva agua fría”

I: Rema agua, está con, está que, lo...eeee...eso... la...el lodo mero

E: Mira, lo intentamos otra vez “El río lleva agua fría” [MÁS DESPACIO]

I: El río rema...

I: Eeen...een...eeh

E: ¿En qué hospital te atendieron?

I: Eso... el serdovulo

E: En el ser...

I: El serve, en el ve

E: En el Miguel, en el Miguel Servet

I: Sí, en el Miguel Servet

E: Vale ¿en qué, en qué planta te atendieron, te acuerdas?

I: En el séptimo ca... planta

E: Vale y ¿qué es ese servicio?

I: Eeeh eeeh

E: ¿Qué es, cardiología?

I: No, que caaa...que eeeh... en el no [BALBUCEA COSAS ININTELIGIBLES]

E: Vale ¿qué miran en ese servicio?

I: Eeh... el med...el med...el me...eel que

E: Eh ¿miran la cabeza?

I: Eh, no no

E: No ¿qué miran?

I: El...el... [CARRASPEA] que... el... no, no sé con lo... no sé

E: ¿Puede ser neurología?

I: ¡Eh sí! Norología

E: Vale ¿te acuerdas cómo se llamaba alguno de tus médicos?

I: Eeh... el ne, en el, no... culpe, es que, es que el otro, eeh eh, el... el... buff

E: No te preocupes ¿entonces estabas peor?

I: Noooo, como esto...como eh sí que, tuve el...ah...eh

E: ¿Esto que?

I: Que casi, lo mete en, a...

E: Vale, además del habla ¿te afectó a alguna cosa más?

I: No, nooo [Se señala la mitad derecha del cuerpo] eeh, eeh

E: ¿Sí?

I: Entonces, entonces, eh... el habla

E: ¿El habla y qué más?

I: Ah...ah...el...to...

E: ¿Te afectó la fuerza de algún lado?

I: Sí, el b... el co...el beco...el bec...es ecto, olo, te... con ton me di da cion

Sujeto 2: MCG

Entrevistador: Buenos días

Informante: Buenos días [CON UNA ARTICULACIÓN BASTANTE PAUSADA Y PRONUNCIADA].

E: ¿Qué tal estás?

I: Bien

E: ¿Cómo te llamas?

I: M... [PAUSA] C... [PAUSA] K...J... [PAUSA Y ARTICULACIÓN DE /x/ FORZADA]²⁴.

E: ¿Cuántos años tienes?

I: Ee... Ochenta... Ochenta y... [se tapa la boca con la mano y agacha la cabeza]. Nací en el ochenta... Del ochenta yyy seis.

E: Lo has dicho al revés. Si no te sale, me los puedes escribir

I: [Coge el boli y un papel. Escribe y lo tacha]. No lo sé [se tapa la cara otra vez].

E: ¿Cómo se llama esto que estabas usando? (Refiriéndose a un boli)

I: Un bolígrafo

E: ¿Y el sitio en el que escribías?

I: El boli.

E: No.

I: El boli.

E: Vale, eso es un folio, ¿no? O un papel.

I: Ah, un folio, un folio [asiente con la cabeza hasta dos veces].

E: ¿Cómo se llama esto de aquí? (Refiriéndose a un vaso)

I: Vaso

²⁴ Dice su nombre completo.

E: ¿Y lo que está al lado del vaso? (Refiriéndose a una botella)

I: La botella

E: Bien, vale. ¿Cómo se llama esto que te señalo yo aquí? (Botón).

I: Eso... suj... suj... sujetador.

E: ¿Seguro?

I: Sujetad... [Se tapa de nuevo la boca con la mano y baja la cabeza. Chasquea la lengua y niega con la cabeza]. Suj-e-tador [Se pone la mano en la frente, baja la cabeza y niega de lado a lado].

E: Empieza por b. Bo... Bo...

I: Mmm... Oh... [Niega con la cabeza].

E: Vale, no te preocupes, lo hacemos con otra cosa. ¿Cuál es tu mano izquierda?

I: Esta (levantando la derecha)

E: ¿Seguro?

I: Soguro [CON UNA E > O].

E: Izquierda, eh.

I: Ah, izquierda [levanta la correcta].

E: ¿Dónde está tu nariz?

I: [Se señala con su mano derecha la nariz].

E: ¿Puedes cerrar los ojos y sacar la lengua?

I: [Cierra los ojos y saca la lengua].

E: Repite lo que digo yo. Ya puedes abrir los ojos y meter la lengua.

I: Rrepito. Las... la lengua (risas de ambos) y cerrar los ojos.

E: Vale. Ahora otra cosa. Por ejemplo: el río lleva agua fría.

I: El río lleva agua fría [y levanta la botella de agua que tiene a su derecha].

E: Muy bien. Ni sí ni no ni pero.

I: Ni pero. Ni sí [PAUSA] ni no [PAUSA] ni pero.

E: Muy bien... Cuéntanos qué te pasó.

Sujeto 3: ERA

E: Buenos días.

I: Buenos días.

E: ¿Cómo te llamas?

I: ...²⁵

E: ¿Cuántos años tienes?

I: Eee... Sesenta y ... [DE MANERA PAUSADA Y LENTA] siete.

E: Muy bien. ¿Y dónde estamos ahora?

I: Eee... En el hospital de... San Juan de Dios.

E: Vale. ¿Habías estado tú aquí alguna vez?

I: No [acompaña con la negación de cabeza].

E: ¿De qué hospital vienes?

I: Del de... de... de... [CON GRAN DIFICULTAD] [niega con la cabeza, como gesto de frustración] grande.

E: Vale. En la casa grande.

I: En la casa grande [y asiente con la cabeza].

E: ¿Sabes el otro nombre para ese hospital, que tiene otro nombre?

I: Oye, pues sabes que... [se coge la barbilla con la mano izquierda como pensativo]. [PAUSA] Eee, no.

E: No te sale el nombre. Si te digo Miguel...

I: El Miguel Servet.

E: Vale, muy bien. Te voy a enseñar unos objetos y tú me dices cómo se llaman, ¿vale?

I: [asiente con la cabeza].

²⁵ Responde con su nombre completo.

E: Esto (enseñando un bolígrafo)

I: Boli.

E: Vale, lo que llevas tú en los ojos (refiriéndose a las gafas).

I: Gafas.

E: Muy bien. ¿Esto de aquí? (refiriéndose a un botón)

I: Botón.

E: Vale. ¿Y el sitio donde se mete?

I: El... el ojal.

E: ¿Esto que te he enseñado (refiriéndose al boli) para qué sirve?

I: Es un boli.

E: ¿Y para qué se utiliza?

I: Para escribir.

E: Vale, muy bien. Ahora te digo unas cosas y tú las repites, ¿vale?

I: [asiente con la cabeza].

E: Por ejemplo: el río lleva agua fría.

I: El río lleva el agua fría [CON UNA PRONUNCIACIÓN FLUIDA PERO LENTA. NO SE ATASCA].

E: Ni sí, ni no, ni pero.

I: Ni sí, ni no, ni si, ni pera.

E: Ni sí, ni no, ni pero

I: Ni sí..., ni no..., ni pero. [DE MANERA LENTA].

E: ¿Cuál es tu mano izquierda?

I: (levanta la correcta).

E: Vale. Cierra los ojos.

I: (lo realiza correctamente).

E: Ya los puedes abrir.

I: (lo hace).

E: Saca la lengua.

I: (lo hace).

E: Vale, muy bien. Con la mano izquierda tócate la nariz.

I: (lo hace).

E: Vale, muy bien. Levanta las dos manos, cierra los ojos y saca la lengua.

I: (tras un momento de pausa, lo hace lentamente).

E: Vale, te falta una cosa: sacar la lengua.

I: (lo hace).

E: Vale, ya puedes abrir los ojos, bajar los brazos... Ahora, por ejemplo, me puedes decir nombres que se te ocurran de animales. Todos los que se te ocurran.

I: Eee... león, eee... pantera, eee... jirafa, eee... jirafa [PAUSA]. Eee...

E: ¿Te sale alguno más?

I: [mueve la cabeza de lado a lado], no. No sale.

E: Bueno, me has dicho unos cuantos. Me has dicho todos de la selva, ¿no? Piensa por ejemplo en la granja.

I: [PAUSA].

E: Mira, por ejemplo. Yo te digo, a ver si me dices alguno más. En la granja hay, por ejemplo, gallinas.

I: Gallinas, conejos, eee... no, conejo no. Eee... deee [niega con la cabeza].

E: Vale, bueno, no te preocupes. ¿Cómo se llama tu mujer?

I: Ana

E: Vale, ¿tenéis hijos?

I: Uno [mientras asiente con la cabeza].

E: ¿Cómo se llama y a qué se dedica?

I: Alej... Alejandro. Y... y trabaja en... una... en una [PAUSA PROLONGADA] ¿Cómo se llama?

E: Vale. Lo que te pasa es que te bloqueas y no te sale alguna palabra, ¿no?

I: [asiente con la cabeza]

E: ¿Hay algunas palabras que crees que te cuestan más o puede ser cualquiera?

I: Puede ser que las de la i.

E: ¿Las palabras que empiezan por /i/ te cuestan más?

I: [asiente].

E: ¿Sí? ¿Tú crees que es más por una letra?

I: [asiente].

E: Y cuando no te sale una palabra, ¿qué haces?

I: [niega con la cabeza y con su mano derecha realiza un movimiento en horizontal de atrás hacia delante]. Prácticamente... eee... [realiza el mismo movimiento con la mano izquierda, desde el interior hacia el exterior de manera horizontal] decirlo... no.

E: Decirlo no. No te llega a salir. Cuando no quiere salir, no quiere salir.

I: [niega con la cabeza]

E: Y a veces, ¿puedes intentar explicar esa palabra?

I: [niega con la cabeza] mmm... no.

E: Generalmente no puedes.

I: Generalmente, no [niega con la cabeza].

E: Leer sí que puedes leer, ¿verdad?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Pero escribir nos has dicho que no puedes tampoco.

I: [Niega con la cabeza].

E: ¿Qué pasa cuando escribes? ¿Te salen las letras y no las puedes poner juntas o no sabes escribir las letras?

I: [Niega con la cabeza]. No, no me salen las... las... las [PAUSA] palabras.

E: Las letras no forman palabras.

I: [Niega con la cabeza].

E: Vale, muy bien. Estás aquí haciendo rehabilitación, ¿verdad? Sobre todo del habla.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y qué te pasó para que tengas que hacer rehabilitación?

I: Pues el... Tuve.... eee... eee... [SUSPIRA].

E: Bueno, no te agobies. ¿Tuviste un ictus?

I: [Asiente con la cabeza y levanta las cejas]

E: Y te afectó al habla, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Te afectó a algo más que al habla?

I: [se queda pensativo].

E: ¿No te dio debilidad en un brazo, en una pierna?

I: Ah, sí [asiente con la cabeza]. La... la... la pierna derecha.

E: ¿Qué pasaba en la pierna derecha?

I: Pues que... no la puedo mover prácticamente [niega con la cabeza] y...

E: Vale. Un poquito sí, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Pero está más débil que la otra.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y el brazo?

I: El brazooo... bastante, bastante... [mueve el brazo izquierdo hacia adelante] decente.

E: Te ha mejorado bastante el brazo.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y el habla estaba así o has mejorado un poco?

I: No. Eee.. eee... Hay momentos de... Por ejemplo... Ee... No tengo... [niega con la cabeza].

E: Hay momentos, me decías... Hay momentos del habla.

I: Que tengo sentido muy... muy... bueno.

E: Hay momentos que hablas mejor.

I: Sí, pero además eee... perfectamente. Eee... me puedo salir con cualquier cosa [mueve el brazo derecho] y otros que... [mueve el brazo izquierdo en posición horizontal, de lado a lado y niega].

E: A veces te bloqueas, ¿no?

I: [Afirma con la cabeza]

E: Que no te sale una palabra, ¿no? y te quedas ahí como atascado.

I: [Afirma con la cabeza]. Exactamente.

E: Cuando te pase eso tienes que intentar decir lo que quieres decir de otra manera porque a veces justo te has bloqueado con eso. Y en ese momento, a lo mejor si intentas explicar lo que quieres decir, sin esa palabra que te ha bloqueado, te sale.

I: [Afirma con la cabeza].

E: Pero eso irás aprendiendo y también irás mejorando.

I: [Afirma con la cabeza].

E: Cuando llegaste casi casi no podías hablar.

I: [Asiente con la cabeza].

E: Lo que me has dicho ahora de bolígrafo, botón... Tenías mucha dificultad.

I: [Niega con la cabeza].

E: O sea que mejorar, has mejorado.

I: Eso fue... imposible.

E: Vale. ¿Llevas aquí mucho tiempo?

I: No. Nueve días.

E: Nueve días. O sea que muy poquito.

I: [Asiente con la cabeza].

E: Vale. ¿A qué te dedicabas?

I: Era mecánico de...²⁶

E: Vale. ¿Y trabajabas en oficina?

I: No [niega con la cabeza].

E: A pie del cañón.

I: [Asiente con la cabeza y se ríe].

E: ¿Qué hacías un día normal?

I: Pues empezaba a... a... a... buscar trabajo... buscar para la gente... Puf [SUSPIRA].

E: Empezabas a buscar para la gente...

I: El trabajo.

E: Vale.

²⁶ No he conseguido saber a qué se refiere el sujeto.

I: Estaba con... con... Cogía el trabajo para la... la... las obras.

E: Vale. O sea, coordinabas un poco cómo había que hacer grandes obras, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Muy bien. O sea que eras un jefe.

I: [Ladea la cabeza y se ríe]. Bueno... Tampoco...

E: Vale. Mira, yo voy a empezar un refrán y tú lo acabas. A ver si eso que es como lenguaje más automático... a ver qué tal. Por ejemplo: Más vale pájaro en mano...

I: Que ciento volando.

E: Quien a buen árbol se arrima...

I: Eee... Buena...

E: Quién a buen árbol se arrima

I: Eee...

E: buena sombra...

I: Eee... le...

E: Le cobija. ¿Te acordabas o es que no te ha salido? ¿O no te acordabas?

I: No [niega con la cabeza].

E: No te acordabas.

I: [Niega con la cabeza].

E: ¿Te gustan los refranes o no especialmente?

Entra una persona

I: (a la persona que acaba de entrar) ¿Qué quieres?

E: ¿Quién es este?

I: Mi hermano.

E: Vale. ¿Cuántos hermanos sois?

I: Dos.

E: Él y tú. Él es mayor que tú, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Muy bien. ¿De qué color es la sábana esta que tienes?

I: Blanco.

E: Esto, esto. La manta. me refiero.

I: Azul.

E: Los colores no los confundes, que a veces hay gente que confunde las palabras de los colores. Por ejemplo, ¿de qué color es el camisón que llevas?

I: Eee... amarillo.

E: Muy bien. Vale, muy bien. ¿Qué más te podemos preguntar? ¿Te sabes cómo se llama el doctor que te operó?

I: No.

E: ¿Lo conocías de antes o ha sido la primera vez que lo has conocido?

I: [Niega con la cabeza]. He visto tantos... que ya... [mueve los dedos de su mano derecha hacia la izquierda, de manera repetitiva] he perdido la cuenta.

E: Vale, muy bien. Te llevaban, ¿verdad?, en el ambulatorio los neurólogos desde hace un tiempo.

I: [Se queda pensativo].

E: En Ramón y Cajal o en San José-

I: [Asiente con la cabeza]. Sí, en San José.

E: Eres de Zaragoza, entonces, ¿no? Vives en Zaragoza.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Cuál es tu dirección?

I: Cardenal Cisneros, número 4, 1ºB

E: Esas cosas sí que te salen bien, ¿no?

I: Sí [asiente con la cabeza].

E: Las canciones me decías que también te salían bien.

I: Bueno...

E: ¿Cuál era la que cantabas el otro día?

I: Eee...

E: Que me decías que yo no la conocería.

I: [Ladea la cabeza].

E: Yo creo que era “Un rayo...”

I: De sol, oh, oh oh.

E: ¿Cómo sigue?

I: No sé qué... Tu amor... [Niega con la cabeza].

E: Es que es verdad, no me la sé. Yo creo que dice “se llevó tu amor”, ¿no? Un rayo de sol / se llevó tu amor, ¿puede ser?

I: [Ladea la cabeza], sí.

E: Esa canción, ¿de quién es? Yo la conozco pero no me la sé.

*** Interrumpen***

E: Si quieres lo dejamos así, que llevamos 15 minutos. Si necesitan más, seguimos otro día.

I: [Asiente con la cabeza]

ANEXO III: Estrategias comunicativas de cada sujeto.

Sujeto 1:

-Estrategia de recuperación de información, en su caso, vinculado a las series léxicas. Otra estrategia, en este caso inducida, es la que le permite continuar la serie de *setiembre*.

-Estrategia de control: por un lado, utiliza palabras comodín a las que acude constantemente y también reduce la velocidad de sus intervenciones para mejorar sus dificultades articulatorias; por otro, encontramos la de patrón entonativo porque el sujeto, a la hora de repetir, formula la frase de acuerdo a la melodía y a la acentuación.

-Estrategia multimodal: en algunas ocasiones, se sirve de gestos para rellenar vacíos verbales. Los gestos pueden combinarse con el lenguaje, sustuirlo o corregirlo.

Sujeto 2:

-Estrategia de recuperación, concretamente de redes léxicas: tiene que ver con el almacenamiento serial y en campos semánticos.

-Estrategia de control, concretamente de prolongación del tiempo: también reduce la velocidad de sus intervenciones para mejorar sus dificultades articulatorias.

Sujeto 3:

-Estrategia de acceso a la información: en esta ocasión, tiene que ver sobre todo con los campos semánticos en los que se almacena la información.

-Estrategia de control: en este caso, relacionado sobre todo con la velocidad reducida, aunque también con la emisión de elementos comodín.

-Estrategia multimodal: este sujeto se apoya bastante en la gestualidad.

Anexo IV: Tabla de todos los sujetos

	Estrategia de redes (tanto semántica como fonológica)	Estrategia de control (prolongación o patrón rítmico)	Estrategia multimodal
FUT	SÍ	SÍ	SÍ
MCG	SÍ	SÍ	NO
ERA	SÍ	SÍ	SÍ